

Schindler, Linda

Wie sage ich es meinem Kind?
Elterliche Kommunikation mit Kindern im Grundschulalter
deren Vater oder Mutter lebensbedrohlich erkrankt ist

Eingereicht als
Bachelorarbeit

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2015

Erstprüfer: Frau Dipl. Soz. Päd. Kuklau
Zweitprüfer: Herr Prof. Dr. jur. Czerner

Bibliografische Beschreibung:

Schindler, Linda:

Wie sag ich es meinem Kind?

Elterliche Kommunikation mit Kindern im Grundschulalter deren Vater oder Mutter lebensbedrohlich erkrankt ist. 40 S.

Mittweida, Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit,

Bachelorarbeit, 2015

Referat:

Diese Bachelorarbeit befasst sich mit einer Eltern-Kind-Kommunikation, die der Entwicklung von Auffälligkeiten in der altersentsprechenden Entwicklung von Kindern im Grundschulalter vorgreifen soll. Diese Arbeit soll aufzeigen welche Bedeutung Kommunikation in Ausnahmesituationen, wie der lebensbedrohlichen Erkrankung von Mutter oder Vater, für die altersentsprechende Entwicklung der Kinder hat.

Inhaltsverzeichnis:

1. Einleitung	- 5 -
2. Kommunikation	- 6 -
2.1 Begriffsbestimmung	- 6 -
2.2 Klassische Kommunikationstheorien und Regeln	- 7 -
2.2.1 Das 4-Ohren-Modell von Schulz von Thun	- 8 -
2.2.2 Die 5 Axiome von Paul Watzlawick	- 10 -
2.2.3 Die klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers	- 12 -
2.3 Elterliche Kommunikation mit Kindern	- 13 -
2.4 Zusammenfassung	- 15 -
3. Entwicklungsaufgaben von Kindern im Grundschulalter	- 16 -
3.1 Entwicklungspsychologische Aufgaben	- 17 -
3.1.1 Bildung einer Persönlichkeit durch die Entwicklung des Selbstkonzeptes	- 18 -
3.1.2 Die Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten	- 19 -
3.1.3 Soziale Beziehungen und Bindungen durch die Entwicklung sozialer Kompetenzen	- 20 -
3.2 Das ausbilden eines realistischen Krankheits- und Todeskonzept im Alter der Grundschule	- 21 -
3.3.1 Konzept von Krankheit im Grundschulalter	- 21 -
3.3.2 Todeskonzept im Grundschulalter	- 22 -
3.3 Mögliche Risikofaktoren für die Bewältigung der altersentsprechenden Entwicklungsaufgaben im Grundschulalter	- 24 -
3.3.1 kurzfristige oder dauerhafte Trennung von einem Elternteil als Folge von Scheidung der elterlichen Beziehung oder dem Tod eines Elternteils	- 25 -
3.2.2 Körperlich erkrankte Eltern	- 26 -
3.2.3 Psychische Erkrankung der Eltern	- 28 -

3.4 Zusammenfassung	- 29 -
4. 4. Eltern-Kind-Kommunikation im Fall einer lebensbedrohlichen Erkrankung von Mutter oder Vater um präventiv auf Risikoentwicklungen der Kinder einzuwirken	- 30 -
5. Fazit	- 34 -
Abbildungsverzeichnis	- 38 -
Literaturverzeichnis	- 39 -
Selbstständigkeitserklärung	- 44 -

1. Einleitung

Diese Arbeit, über die elterliche Kommunikation mit Kindern im Grundschulalter deren Vater oder Mutter lebensbedrohlich erkrankt ist, soll sich der Frage einer möglichst optimalen Eltern-Kind-Kommunikation im Risikofall einer lebensbedrohlichen Erkrankung von Vater oder Mutter, sowie der Frage ob und warum minderjährige Kinder über eine Erkrankung der Eltern informiert werden sollten widmen. Sie soll aufzeigen was es für die Kinder bedeutet wenn Mutter oder Vater lebensbedrohlich erkrankt sind und wie der Umgang mit der Erkrankung innerhalb der Familie auf die natürliche Entwicklung des Kindes in der Grundschule Einfluss nehmen kann. Diese Arbeit ist ein weiterer Beitrag zu dem aktuell ansteigenden wissenschaftlichen Diskurs über Kinder krebskranker, körperlichkranker oder psychischkranker Eltern, sofern sie lebensbedrohlich sind. Sie soll Eltern und möglichen professionellen Stellen, wie Beratungsstellen für psychisch Kranke, Krebskranke und andere, als auch dem betreuenden medizinischen Fachpersonal, die Bedeutung der sensiblen Betreuung angehöriger Kinder bewusst machen.

Die vorliegende Arbeit ist in drei Hauptkapitel gegliedert. Nach der Einleitung wird im ersten Kapitel zunächst auf den theoretischen Kontext von Kommunikation eingegangen und mit Hilfe von Friedemann Schulz von Thun, Paul Watzlawick und Carl Rogers einige unterschiedliche Theorien und Modelle der Kommunikation aufgezeigt. Diese Theorien und Modelle (Kapitel 2.2) sowie der Versuch einer Begriffsbestimmung von Kommunikation in Kapitel 2.1 sind die Basis für das Kapitel 2.3, in dem die Aspekte einer gelingenden Eltern-Kind-Kommunikation aufgezeigt werden. Im Anschluss an die Kommunikation wird in Kapitel 3 dieser Arbeit auf die entwicklungspsychologischen Aufgaben minderjähriger Kinder im Alter der Grundschule eingegangen. Die Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten sowie das Ausbilden eines gesunden Selbstwertgefühls zu Beginn der Schulzeit sind, nach Erik Erikson und Piaget, die tragenden Aufgaben der Kinder (Kapitel 3.1). Gerade diese Entwicklungen ermöglichen es den Kindern ein immer realistischeres Bild von Krankheit und Tod zu erfassen. Diese altersentsprechenden Konzepte von Krankheit und Tod werden in Kapitel 3.2 näher erläutert. Da diese Entwicklungen sensibel auf Einflüsse und Veränderungen reagieren und Kinder diese Einflüsse und Veränderungen mit Verhal-

tensveränderungen zu kompensieren versuchen wird in Kapitel 3.3 näher auf mögliche Risikofaktoren kindlicher Entwicklung und dadurch entstehende Auffälligkeiten eingegangen. Die Risikofaktoren in dieser Arbeit sind nur auf drei exemplarisch mögliche Einflüsse begrenzt die sich an die Thematik dieser Arbeit angliedern, um so das Herausarbeiten möglicher Auffälligkeitsentwicklungen der Kinder von lebensbedrohlich erkrankten Eltern zu unterstützen. Die thematische Herleitung, über Kommunikation und Entwicklungspsychologie, wird im Ergebniskapitel 4, in der Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit, ob und wie Kinder lebensbedrohlicher erkrankter Eltern über die Erkrankung informiert und in mögliche Veränderungen mit einbezogen werden sollten, gebündelt. In diesem vierten Kapitel zeigt sich welche Bedeutung Kommunikation, gerade im Zusammenhang der kindlichen Entwicklung und möglicher Risiken hat. Die Frage ob und wenn, wie Eltern ihr Kind im Grundschulalter über eine lebensbedrohliche Erkrankung informieren sollen und können soll in diesem Kapitel beantwortet werden.

2. Kommunikation in der Familie

Um eine gelingende Eltern-Kind-Kommunikation im Falle einer lebensbedrohlichen Erkrankung von Mutter oder Vater herausarbeiten zu können ist es notwendig zunächst die Bedeutung von Kommunikation näher zu bestimmen. Im Anschluss an eine mögliche Begriffsbestimmung von Kommunikation schließt ein Überblick über drei Kommunikationstheorien und Regeln der Kommunikation an, die die Bandbreite und Vielschichtigkeit von Kommunikation verdeutlichen soll. Die verschiedenen Theorien der Kommunikation ermöglichen es im Anschluss eine optimal gelingende Eltern-Kind-Kommunikation von Seiten der Eltern, herauszuarbeiten.

2.1 Begriffsbestimmung

Eine allgemein gültige Definition des Begriffes Kommunikation ist in der Literatur nicht zu finden. Der Begriff Kommunikation lässt sich von dem lateinischen *communicatio* ableiten und bedeutet so viel wie Mitteilung oder Unterredung (vgl. Röhner/Schütz, 2012: 2). Röhner und Schütz haben, in Anlehnung an Six, Gleich und Gimmler, Merkmale des Kommunikationsprozesses entworfen und

so den Versuch unternommen einen präziseren Eindruck von der Begrifflichkeit „Kommunikation“ wie folgt zu beschreiben (vgl. 2012: 4 f.): Ein Kommunikationsprozess benötigt, nach der Auffassung von Röhner und Schütz, mindestens zwei Personen, die durch interaktiven Austausch von Worten, Gestik und Mimik eine Beziehung zueinander eingehen. Es kann eine direkte, konfrontative Situation zwischen den Personen stattfinden oder ein interaktiver Prozess zwischen einer Person und einer medialen Werbepattform, wie beispielsweise einem Werbeplakat. Dies ist möglich da die räumliche Distanz im Kommunikationsprozess keine Relevanz darstellt. Die zu übermittelnde Nachricht besteht aus dem Code (zum Beispiel Sprache, Mimik, Gestik oder Schrift). Damit die Kommunikation gelingt ist das Verständnis der selben Codierung Voraussetzung und vermeidet Missverständnisse durch unterschiedliche Sprachen oder divergierende Interpretationen von Gestik und Mimik. Beim Senden, wie auch beim Empfangen der Nachrichten, ist zu beachten, dass die angewandten Mittel angemessen sind und so Mimik und Gestik mit Gesagtem übereinstimmen. Auch der Kontext (Kommunikationsklima, wie beispielsweise die Beziehung zwischen den Kommunikationspartnern) einer Kommunikation beeinflusst den Kommunikationsprozess und kann das Ergebnis verfälschen. Kommunikation muss nicht immer ein bewusster Prozess sein. Die negative mimische Reaktion auf eine Nachricht kann unbewusst dem Umfeld die empfundene Abneigung ausdrücken. Die Basismerkmale einer Kommunikation bestehen aus Nachricht, Sender und Empfänger(vgl. Röhner und Schütz, 2012: 4 f.).

2.2 Klassische Kommunikationsmodelle und Regeln

Nachdem der Begriff der Kommunikation umschrieben wurde soll das vorliegende Kapitel den theoretischen Rahmen um die Thematik „Kommunikation“ fassen und beschreiben. Hierzu werden drei klassische, in den Sozialwissenschaften bekannte, Kommunikationstheorien und Regeln der Kommunikation aufgezeigt und in ihren Grundzügen beschrieben.

2.2.1 Das 4-Ohren-Modell von Schulz von Thun

Friedemann Schulz von Thun setzt in seinem Modell voraus, dass jede Kommunikation aus vier Ebenen bestehe (vgl. Plate, 2013: 59). Laut dem 4-Ohren-Modell ermöglichen es die vier Ebenen oder auch vier 'Ohren' genannt, den Beteiligten die Kommunikation ganz individuell zu bewerten. Wie bereits im vorherigen Kapitel dargelegt (vgl. Kapitel 2.1) ist die Basis einer Kommunikation stets der Sender, die Nachricht und der Empfänger. Wie in Abb. 1 zu sehen ist, wird laut Schulz von Thun, die Nachricht von den vier Ebenen umschlossen. Dies macht es dem Sender unmöglich eine der Ebenen aus seiner Nachricht heraus zu halten. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass jede Nachricht die vier Ebenen beinhaltet. Diese Ebenen werden von Schulz von Thun wie folgt bezeichnet: die Ebene des Sachinhalts, die Beziehungsebene, die Appell-Ebene und die Ebene der Selbstoffenbarung.

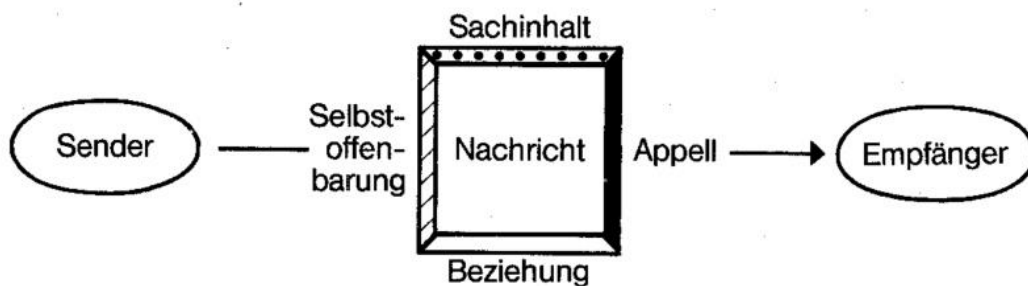


Abb1. 4-Ohren-Modell nach Friedemann Schulz von Thun

Nach diesem Modell der Kommunikation beinhaltet jede Nachricht eine Information. Diese Information wird nach den vier Ohren durch die Ebene des Sachinhalts vermittelt. Mit der Nachricht gibt der Sender immer ein Teil seiner Selbst preis, hier als Selbstoffenbarung bezeichnet. Beabsichtigt (Selbstdarstellung) oder unbeabsichtigt (Selbstenthüllung), teilt der Sender dem Empfänger einen Teil seiner Empfindungen, Gefühle und Emotionen mit. Die Art der Kommunikation, wie die Stimmlage ist, wie sich Blicke zugeworfen werden, vermittelt den Teilnehmern der Kommunikation die Beziehung in der sich der Sender gegenüber dem Empfänger sieht (Beziehungsebene). Eben wie die Nachricht immer eine Information durch den Sachinhalt senden soll verfolgt der Sender mit seinen Nachrichten auch immer ein Ziel. Dieses Ziel innerhalb der Nachricht wird

von Schulz von Thun in seinem Modell der vier Ohren als Appell-Ebene bezeichnet.

Diese vier Ebenen der Kommunikation ermöglichen es den Beteiligten ihr Gespräch durch ihre individuelle Bewertung der Beziehung sowie den unterschiedlichen Zielen und Information als auch dem Partner offenbaren Selbst zu beeinflussen. Durch diese unterschiedliche Beeinflussung der mindestens zwei Kommunikationspartner kann es zu Differenzen, zwischen dem was gesagt und was gehört wird, kommen. Die Nachricht kann vom Sender also ein klarer Appell gemeint sein und seiner Meinung nach auch unmissverständlich so ausgedrückt worden sein (Beispiel: „Bitte öffnen sie das Fenster.“). Die Betonung die vom Sender genutzt wurde muss vom Empfänger jedoch nicht auf die gleichen Weise gehört werden (mögliche Interpretation des oben genannten Beispiels „in finde es ist stickig hier drin.“-Selbstoffenbarung) und ermöglicht, durch die verschiedenen Ebenen, das Entstehen von Missverständnissen (vgl. Plate, 2013: 58 ff.).

Im Laufe der Kommunikationserfahrungen kann es dazu kommen das Personen beginnen ein Ohr bevorzugt zu nutzen. Diese Bevorzugung eines Ohres kann dazu führen das jede Nachricht ausschließlich auf diesem bevorzugten Ohr verstanden wird und zu unterschiedlichen Missverständnissen führen (vgl. Röhner/Schütz, 2012: 18 ff.).

Das Kommunikationsmodell von Schulz von Thun basiert auf der Encodierung (Verschlüsselung) und der Decodierung (Entschlüsselung) durch Sprache, Schrift und andere Kommunikationsmittel der Nachricht und zählt damit zu den so genannten Methoden der Encoder-/Decoder-Modelle. Mit der Encodierung, der Decodierung sowie der Analyse des Übertragungsweges wird in diesen Modellen versucht, eine Antwort auf den optimalen Übermittlungsweg zu finden. So sollen die Kommunikationsteilnehmer in der Praxis befähigt werden, durch Selbstreflektion möglichst viele Differenzen im Kommunikationsprozess zu vermeiden um somit eine optimale Kommunikation führen zu können (vgl. Röhner/Schütz, 2012: 15 f.).

2.2.2 Die 5 Axiome von Paul Watzlawick

In ihrem Buch „Menschliche Kommunikation“ haben Watzlawick, Beavin und Jackson (vgl. 2011: 13) versucht die Wirkung der menschlichen Kommunikation genauer zu betrachten und haben sie als eine Ordnung des menschlichen Miteinanders definiert. In ihrem Buch versuchen sie Denkmodelle durch Sachverhalte zu veranschaulichen und so der Wechselwirkung menschlicher Kommunikation näher zu kommen. Die Grundeigenschaften von Kommunikation hat Watzlawick wie folgt in seinen 5 Axiomen¹ festgehalten:

1. Man kann nicht nicht kommunizieren

Davon ausgehend, dass jede Regung unseres Körpers, wie Körperhaltung, Körpersprache, Mimik und Gestik als auch die Sprache, der Tonfall, Lachen und Seufzen eine Interaktion mit unserer Umwelt darstellt, ist all dieses Verhalten, nach Watzlawick, ein Teil der menschlichen Kommunikation. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass es dem Menschen nicht möglich ist, nicht zu kommunizieren (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson, 2011: 58 ff.).

2. Inhalts- und Beziehungsaspekte der Kommunikation

Nach Watzlawick enthalten alle Nachrichten neben dem Informationsgehalt stets den Beziehungsstand der Interaktionspartner und lässt so aus der Kommunikation, erkennen wie der Sender die Beziehung zum Empfänger interpretiert (vgl. Röhner/Schütz, 2012: 26 f.).

3. Interpunktion von Ereignisfolgen

Im dritten Axiom wird die Struktur der Kommunikation verdeutlicht. Watzlawick geht davon aus, dass die Kommunikation zwischen zwei und mehr Personen zirkulär, also ohne einen klaren Anfang oder einen Schluss stattfindet. Die Zirkularität der Kommunikation bedeutet, dass stets das Gesagte eine Reaktion des Empfängers hervorruft, welcher seinerseits wieder eine Reaktion des vermeintlich ursprünglichen Senders hervor ruft, dies fortlaufend.

¹ Axiom ist die Bezeichnung von Grundsätzen und Wahrheiten welche keiner Beweise bedürfen (vgl. Duden, 2011, 134)

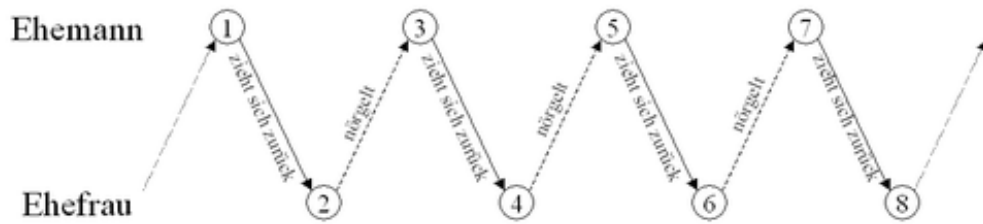


Abb. 2: Zirkularität der Kommunikation nach Paul Watzlawick

Vom Beispiel in Abbildung 2 ausgehend, ist Schritt 3, 5, 7, ff. ausschließlich eine Reaktion des Ehemannes auf das Nörgeln der Ehefrau. Doch von der Frau ausgehend, ist es genau gegensätzlich bewertet. Ihre Nörgeleien sind ausschließlich ein Ausdruck ihrer Unzufriedenheit, verursacht durch den Rückzug des Ehemannes. Es ist weder ein klarer Beginn, noch ein Ende der Situation zu erkennen (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson, 2011: 65 ff.).

4. Digitale und analoge Modalität der menschlichen Kommunikation

Die menschliche Kommunikation setzt sich aus analogen sowie digitalen Kommunikationsformen zusammen. Die digitale Kommunikation ist die Sprache die durch gesprochene Worte zum Ausdruck kommt. Die analoge Modalität beinhaltet die Gestik, Mimik, Körpersprache sowie den Kontext, welche dem Empfänger einer Mitteilung helfen das Gesagte zu deuten und zu verstehen (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson, 2011: 70 ff.).

5. Symmetrische und komplementäre Interaktion

Die symmetrische Kommunikation zeichnet sich durch eine ebenbürtige, auf Gleichheit bedachte Interaktion der Kommunikationspartner aus. Es soll eine Kommunikation auf Augenhöhe stattfinden und keiner der beteiligten Personen ist seinem Gegenüber untergeordnet. Die komplementäre Interaktion basiert auf dem Gegenteil der Symmetrie. Es geht um eine ergänzende Unterschiedlichkeit der Akteure. Die Interaktionspartner nehmen differenzierende Rollen ein, die klar als primär (superiore) oder sekundär (inferiore) zu definieren sind (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson, 2011: 78 ff.).

Die 5 Axiome dienen dazu die Kernmerkmale der menschlichen Kommunikation zu identifizieren und werden daher, als eine der Dialog-Modelle zugehörigen Theorie klassifiziert (Röhner/Schütz, 2012: 16). Diese Modelle befassen sich mit der Entstehung gemeinsamer Wirklichkeiten unter der leitenden Frage „*Wie wird bei einer Kommunikation gemeinsam Wirklichkeit konstruiert?*“ (Röhner/Schütz, 2012: 32).

2.2.3 Die klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers

Die klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers ist zunächst auf einem professionellen Rahmen zwischen Klient und Therapeut angelegt, lässt sich jedoch auch auf jede weitere soziale Beziehung anwenden, da im Mittelpunkt der Arbeit die Annahme (vgl. Röhner/Schütz, 2012: 23 f.), „...*dass jeder Mensch nach Autonomie und Selbstverwirklichung strebt*“. (Röhner/Schütz, 2012: 23) steht. Wie durch Abb. 3 verdeutlicht wird, besteht die Kommunikation nach Rogers aus drei zentralen Verhaltensmerkmalen. Diese sollten von den Kommunikationspartnern beherrscht und verinnerlicht werden (vgl. Röhner/Schütz, 2012: 23), um eine „*entwicklungsfördernde Beziehung*“ (Plate, 2013: 53) zu ermöglichen.

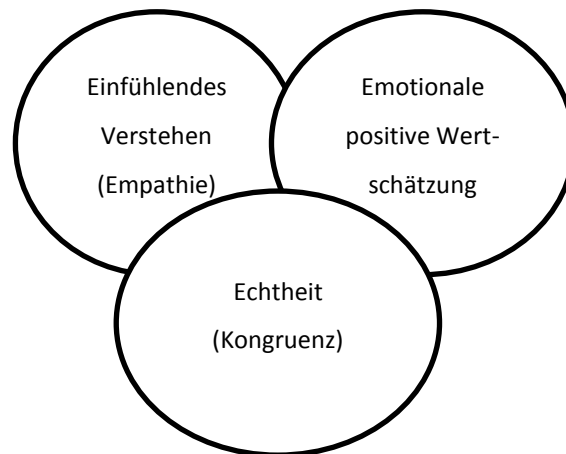


Abb. 3: zentrale Verhaltensmerkmale der Kommunikationspartner nach Rogers

1. Empathie oder einfühlenendes Verstehen: es wird versucht die Kommunikation aus der Perspektive des Kommunikationspartners zu sehen und so einfühlsames Verstehen zu ermöglichen (vgl. Plate, 2013: 52).

2. Kongruenz oder Echtheit: das innere Erleben sowie das Verhalten nach außen stimmen überein und ermöglichen der Person 'echt' zu sein (vgl. Plate, 2013:52).
3. Akzeptanz oder auch unbedingte Wertschätzung: durch die entfallene Wertung des Gegenübers wird eine bedingungslose Akzeptanz ermöglicht (vgl. Plate, 2013:52).

Laut Rogers wird durch die Verinnerlichung der oben genannten Verhaltensmerkmale die Kommunikation zur existenziellen Begegnung und durch das aktive Zuhören noch gefördert. Das aktive Zuhören ermöglicht dem Sprechenden die ungeteilte Aufmerksamkeit des Zuhörers und der Zuhörer versucht sich empathisch in den Sprechenden hineinzufühlen.

Aktives Zuhören lässt sich unterschiedlich ausdrücken:

1. Non- und Paraverbalisieren ist der Ausdruck von Lauten, Gestik bzw. Mimik um so dem Sender ungeteilte Aufmerksamkeit zu signalisieren.
2. Paraphrasieren um in eigenen Worten das Verstandene wiederzugeben und so dem Sender zu signalisieren, dass und was verstanden wurde. So wird dem Sender auch die Möglichkeit der Korrektur geboten um eventuell Missverstandenes noch zu verdeutlichen.
3. Verbalisieren lässt den Empfänger den emotionalen Inhalt der Nachricht wiedergeben und verbalisiert so Emotionen und Gefühle die der Sender nicht bewusst vermittelt hat. (vgl. Plate, 2013: 53)

Nach den Regeln der Kommunikation von Rogers geht es um eine „*Bereitschaft der Beteiligten, die Situation mit den Augen des Gegenübers zu betrachten.*“ (Röhner/Schütz, 2012: 16) und zählt somit zu den Modellen der Perspektivübernahme (vgl. Röhner/Schütz, 2012: 32 f.).

2.3 Eltern-Kind-Kommunikation

In der elterlichen Kommunikation mit Kindern ist es von entscheidender Bedeutung die Individualität und damit die individuellen Bedürfnisse der Kinder sowie ihren Entwicklungsstand zu berücksichtigen. Im Gespräch mit dem Kind ist es von hoher Bedeutung die Verhaltensmerkmale nach Carl Rogers (vgl. Kapitel

2.2.3) zu verinnerlichen. Indem Echtheit, Wertschätzung, Authentizität und Empathie ausgestrahlt wird, kann die Voraussetzung für ein ergiebiges Gespräch mit Kindern geschaffen werden.

Kinder hören wenn Eltern es nicht ehrlich mit ihnen meinen (vgl. von Hilgers/Ellneby, 2012: 39). „*Schimpfen Sie nicht aus erzieherischen Gründen, wenn Sie die Situation eigentlich witzig finden.*“ (Schmelz, o. J.: o. S.). Sich als Eltern bewusst zu machen, dass jedes Verhalten Kommunikation ist (vgl. Kapitel 2.2.2) und so die Körpersprache evtl. etwas ganz anderes ausdrückt als das Gesagte ist daher von enormer Bedeutung für das Gelingen eines glaubwürdigen und wertschätzenden Gespräch mit dem Kind. Der Theorie von Watzlawick entsprechend, hat sich in der Kommunikationswissenschaft mit Kindern herausgestellt, dass zu 55 Prozent Kommunikation aus der Körpersprache, sowie zu 38 Prozent aus dem Tonfall der Stimme besteht (vgl. Schmelz, o. J.: o. S.).

In Anlehnung an die drei Verhaltensmerkmale von Rogers (Kapitel 2.2.3), welche eine entwicklungsfördernde Beziehung unterstützen, sollten Eltern sich sowohl sprachlich als auch physisch mit dem Kind auf eine Augenhöhe begeben. Eine Machtposition (vgl. Kapitel 2.2.2) in der Unterhaltung sollten Eltern vermeiden und so Diskussionen durch eine offene Gesprächskultur ermöglichen und fördern. Eine offene, einladende Gesprächskultur in einer Familie ermöglicht allen Beteiligten zu Wort zu kommen und sich so in der Situation wohl zu fühlen (vgl. von Hilgers/Ellneby, 2012: 38ff.). Der Kommunikationsanteil sollte in Balance gehalten werden, um so das Selbstbewusstsein zu fördern und das Kind in schwierigen Konfliktsituationen zu unterstützen seine Meinung behaupten und sich verbal verteidigen zu können (vgl. Weber, o. J.: o. S.). Auf die Gesprächsbalance wird zu einem späteren Zeitpunkt (vgl. Kapitel 2.3.1) in dieser Arbeit näher eingegangen.

Laut Frau Dr. med. Andrea Schmelz (vgl. o. J.: o. S.) ist es für das Kind eine Hilfe, Körperkontakt und Nähe während des Gespräches aufzubauen. Auch der Blickkontakt hilft dem Kind, sich angesprochen zu fühlen, einzelne Worte nicht zu überhören und konzentriert, ohne Ablenkung, bei dem Gespräch zu bleiben. Eine allgemein offene Gesprächskultur innerhalb der Familie und zwischen den Eltern ist die Basis guter Eltern-Kind-Kommunikation (vgl. Weber, o. J.: o. S.).

Gespräche mit dem Kind zu führen kann dem Kind signalisieren, dass seine Meinung, Emotionen und Gefühle, für Eltern und Familie von Bedeutung sind (vgl. von Hilgers/Ellneby, 2012: 95). Es kann so das kommunikative Selbstverständnis sowie die Beziehung zwischen den Kommunikationsteilnehmern stärken (vgl. Kapitel 2.2.3).

Wie bereits in Kapitel 1.1 erwähnt, ist Kommunikation ein interaktiver Prozess welcher durch das aktive Zuhören verstärkt wird (vgl. Kapitel 2.2.3). Dies gilt auch für Gespräche zwischen Eltern und Kindern. Häufig geschieht es, dass Kindern nicht genug Zeit gegeben wird, ihre Gedanken zu sortieren und auszusprechen. Gerade ab dem dritten Lebensjahr ist das Zeit nehmen um dem Kind zuzuhören von besonderer Bedeutung da bei dem Kind plötzlich das sogenannte 'Entwicklungsstottern' auftreten kann (vgl. von Hilgers/Ellneby, 2012: 18). Es zeigt, dass das Kind die Menge der unterschiedlichen Gedanken nicht mehr reibungslos hintereinander in Worte fassen kann und sich so seine Worte und Gedanken überschlagen. Wer in diesen Denkprozess das Kind unterbricht und die Sätze selbst beendet oder mit Ermahnungen beginnt (Beispiel: „erst denken, dann sprechen.“) nimmt dem Kind immer häufiger die Lust am Reden und beeinflusst die Entwicklung eines gesunden Selbstbewusstseins (vgl. Weber, o. J.: o. S.). Das Zuhören der Eltern strahlt Interesse aus und wird unter anderem durch Nachfragen und andere Methoden verdeutlicht (vgl. Kapitel 2.2.3). Jemand der zuhört und hinterfragt zeigt 'ich möchte verstehen' und bestärkt so das Kind weiter zu sprechen. Kommunikation darf keine Einbahnstraße für Kinder sein und muss in ausgeglichen Balance für alle Beteiligten stehen, wie das Zitat von Julia (fünf Jahre alt) zeigt: „*Wenn man mit jemandem redet, der immer nur selber reden will. Macht das keinen Spaß*“ (von Hilgers/Ellneby, 2012: 9).

2.4 Zusammenfassung

Wie in dem vorliegenden Kapitel deutlich geworden ist, ist Kommunikation ein hochkomplexer interaktiver Prozess, der es den Menschen ermöglicht, mit Hilfe

von non- sowie verbaler Kommunikation ein Miteinander zu gestalten und Beziehungen unter den Interaktionspartnern zu schaffen.

Kommunikation besteht aus der Sprache, sowie non-verbalem Verhalten was den Großteil einer menschlichen Kommunikation ausmacht (vgl. Kapitel 2.3). Durch die Perspektivübernahme und die Echtheit der Kommunikationspartner sind die Beteiligten bereit, sich dem gegenüber zu öffnen und so einen Teil von sich preis zu geben, sowie sich dem Gegenüber und dem was dieser sendet ausnahmslos hinzugeben (vgl. Kapitel 2.2.3). Auch fördert diese Perspektivübernahme die Entstehung entwicklungsfördernder Beziehungen, die Kinder im Ausbilden eines Selbstwertgefühls unterstützen (vgl. Kapitel 2.3). In Kapitel 2.3 wurde deutlich gemacht, dass eine offene Kommunikationskultur der Familie die selbstverständliche Nutzung des Instruments Kommunikation fördert um Gefühle und Emotionen dem Umfeld mitzuteilen. So können Unterbrechungen das Kind, nicht ausreden lassen oder nicht zuhören, dem Kind die Lust sich mitzuteilen nehmen und die Entwicklung eines Selbstbewusstseins negativ beeinflussen. Zuhören, Hinterfragen und das Kind ernst nehmen in dem was es mitteilen möchte, zeigt das Interesse der Eltern am Kind und fördert die positive Entwicklung des Selbstbewusstseins durch eine angemessene Gesprächsbalance zwischen zwei Interaktionspartnern.

3. Entwicklungsaufgaben und das Bilden eines realistischen Krankheits- und Todeskonzept von Kindern im Grundschulalter

Die Kommunikation mit Kindern im Falle einer lebensbedrohlichen Erkrankung von Mutter oder Vater erfordert ein sensibles Verständnis für die entwicklungspsychologischen Zusammenhänge und Aufgaben in denen sich das Kind im Grundschulalter befindet sowie dem altersentsprechenden Konzept von Krankheit und Tod. Zu diesem Verständnis soll das vorliegende Kapitel, durch die Betrachtung der entwicklungspsychologischen Aufgaben und dem damit einhergehenden wachsen eines realistischen Konzepts von Krankheit und Tod sowie möglicher Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung, hinführen.

Bei den altersentsprechenden Entwicklungsaufgaben handelt es sich nicht um eine strikte Abfolge von Aufgaben, um die Entwicklung eines Kindes darzustel-

len. Vielmehr ist ein fließender, von Erikson als optimaler Bewältigungsablauf menschlicher Entwicklungsaufgaben, biologisch bedingter Reifungsprozess gemeint (vgl. Leuzing-Bohleber, 2010: 300). Eine Voraussetzung für eine zu- meist positive Bewältigung der anstehenden Entwicklungsaufgaben ist eine, für das Kind, sichere Heimatbasis. Diese sollte sich bereits in den frühen Jahren der Kindheit kultiviert haben. Es ermöglicht den Kindern sich mit einem sicheren Gefühl den anstehenden Aufgaben zu widmen sowie sich bei Überforderung oder um Erholungsphasen einzulegen, zurückziehen zu können und in den Armen der Eltern Geborgenheit zu finden, um so kurzfristig das sogenannte Explorationssystem² einzustellen (vgl. Leuzing-Bohleber, 2010: 297). Auch muss im Hinblick der optimalen Bewältigung der Entwicklungsaufgaben die Ganzheitlichkeit von psychischer und körperlicher Gesundheit beachtet werden, wie Freud schon 1905 durch den Zusammenhang der seelischen Entwicklung mit biologischen Lebenserfahrungen publizierte (vgl. Leuzing-Bohleber, 2010: 298). Erik Erikson (vgl. Leuzing-Bohleber, 2010: 298) ergänzt diese Zusammenhänge mit dem Einfluss der Kultur in der ein Mensch sich entwickelt. Gemeint sind damit die gesellschaftlichen Anforderungen sowie Erwartungen im Zusammenspiel mit den biologischen Vorgängen im Kind (vgl. Leuzing-Bohleber, 2010: 298 ff.).

3.1 Entwicklungspsychologischen Aufgaben im Grundschulalter

Mit dem Eintritt in die Schule steht das Kind neuen Herausforderungen gegenüber, die optimalerweise ein Entspannen der frühkindlichen Entwicklungskonflikte voraussetzt. Für das Grundschulkind steht die Entwicklung seiner Leistungsfähigkeiten sowie das Entgegenwirken gegen Minderwertigkeiten mit Hilfe seiner Leistungen, im Mittelpunkt. Mit Hilfe der in den vorangegangenen Entwicklungsphasen, wie beispielsweise der phallischen Phase, erlangten Fähigkeiten ist es dem Kind möglich an Autonomie zu gewinnen, ohne den Verlust von Liebe, Beschämung oder der Bezugsperson zu vermuten. Das Kind hat

² Explorationssystem ermöglicht die Welt, durch natürliche Neugier zu erforschen (vgl. Demichiel, 2013, o. S.)

sich mit dem Werteraum der Eltern identifiziert und damit eine Grundlage sozialer Interaktion geschaffen (vgl. Leuzinger-Bohleber, 2010: 300 ff.).

Die anstehenden Entwicklungsaufgaben konzentrieren sich auf die Entwicklung der folgenden Fähigkeiten:

3.1.1 Bildung einer Persönlichkeit durch die Entwicklung des Selbstkonzeptes

Das Selbstkonzept schließt das Wissen über sich selbst und sein Tun, Denken sowie die Auswertung und den daraus resultierenden Entwicklungsfortschritt der eigenen Person ein. Laut Roebbers (vgl. 2007: 381 ff.) ist das Selbstkonzept durch seine Stabilität und seine Funktion der Verhaltensregulation in den verschiedenen Lebensbereichen das zentrale Persönlichkeitsmerkmal. Schon in der frühen Kindheit bildet der Mensch ein, noch flexibles und intuitives, Selbstkonzept, welches mit Beginn der Schule an Stabilität gewinnt und am Ende der Grundschule ein stabiles Konstrukt seines Selbst ist. Wo Kinder zu Beginn der Schulzeit meist noch eine stark optimistische Einschätzung über sich und ihre Leistungen haben, gelangen sie durch eine Verbesserung ihrer kognitiven Fähigkeiten sowie sozialen Vergleiche im Laufe der Grundschule zu einer immer realistischeren Einschätzung ihrer Leistungen und gewinnen einen kritischen Blick auf die eigene Person. In der Phase der mittleren Kindheit rücken zudem soziale Beziehungen immer mehr in den Fokus und ermöglichen den Kindern ihre Leistungen und Fähigkeiten stets mit Vergleichspersonen oder Gruppen (wie Mitschüler, der ganzen Klasse, meist gleichaltrig) zu messen und so eigene individuelle Stärken und Schwächen zu erkennen. Im Strukturmodell des Selbstkonzepts nach Shavelson und Bolus (vgl. Roebbers, 2007: 381 ff.) besteht das allgemeine Selbstkonzept aus drei leistungs- und nichtleistungsbezogenen Selbstkonzepten, deren Ausprägungen unterschiedlich sein können und die im Eintritt der Adoleszenz (circa ab dem 11. Lebensjahr) in ihrer Stabilität dem Niveau Erwachsener entsprechen. Jedoch lässt sich eine gewisse Flexibilität auch nach der mittleren Kindheit nicht vermeiden. Das körperliche Selbstkonzept, welches in der mittleren Kindheit stabil ausgeprägt wird, ist in der Pubertät häufig Einflüssen ausgesetzt die es erneut eine gewisse Unbeständigkeit aufweisen lassen.

Die Entwicklung des Selbstkonzeptes bedeutet also ein realistisches Bild seiner Fähigkeiten zu entwickeln und sich so in Schule und sozialen Beziehungen sicher zu bewegen (vgl. Kramer/Bovenschen/Spangler, 2007: 175 f.; Leuzinger-Bohleber, 2010: 296 ff.).

3.1.2 Die Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten

Die kognitiven Fähigkeiten ermöglichen es dem Menschen Dinge wahrzunehmen und zu begreifen. In der Phase der Latenz³ ist es den Kindern möglich nicht mehr nur einseitig zu denken sondern, nach Piagets Theorie der kognitiven Entwicklung (vgl. Zach und Künsemüller, o.J.: o. S.) sind sie nun in der Lage konkrete Operationen zu Denken. Was bedeutet dass es ihnen möglich ist logische und konkrete Ergebnisse in ihren Gedanken zu bilden und so auch Unveränderlichkeiten (Invarianzen) zu erkennen. Sie können Gedankengänge zum Ursprung zurück verfolgen, um gegebenenfalls bessere Lösungswege zu kreieren. Auch ist es ihnen möglich immer deutlicher Flächen und Distanzen zu erkennen. (vgl. Kramer/Bovenschen/Spangler, 2007: 178 f.).

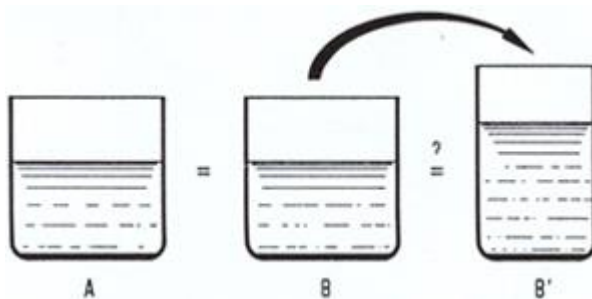


Abb. 4: Umschüttungsaufgabe nach Piaget

In dem so genannten Umschüttversuch von Piaget werden der Begriff und die Entwicklung der Invarianz beispielhaft aufgezeigt. Wie in Abb. 4 dargestellt sind die Gläser gleich hoch mit Wasser gefüllt. Dem Vorschulkind ist es noch nicht möglich zu erkennen, dass die optische Differenz der Füllhöhe nach dem Umschütten nicht von der Menge des Wassers, sondern von der Form des Glases ausgeht (vgl. Schwarzer, 2011: 89 f.). Durch die kognitive Entwicklung ist es

³ Nach Sigmund Freud ist die Latenz die Phase der mittleren Kindheit, da sich in ihr die menschlichen Triebwünsche und –konflikte nur latent zeigen und erst mit der Pubertät wieder in den Fokus der Entwicklung gelangen (Leuzinger-Bohleber in Andersen/Brumlik/Koch, 2010: 298).

dem Schulkind jedoch möglich diese Täuschung zu erkennen und den Grund in der verzerrenden Form des Glases auszumachen (vgl. Kramer/Bovenschen/Spangler, 2007: 178).

Im Grundschulalter lernen Kinder zudem den psychischen Unterschied zu anderen Individuen. Es ist ihnen möglich zu begreifen, dass jedes Individuum seine eigene psychische Wirklichkeit hat und sie erlangen die kognitive Fähigkeit sich in die Gefühle und Emotionen anderer hineinzusetzen. Durch die Perspektivübernahme ist es ihnen erstmalig möglich sich mit Rücksicht anderen gegenüber zu Verhalten verinnerlichen (vgl. Kramer/Bovenschen/ Spangler, 2007: 178 ff.).

Ablenkende Reize werden in der mittleren Kindheit immer bewusster gehemmt und ermöglichen so dem Kind das Ausbilden einer Selbstregulation, welche die Konzentrationsfähigkeit fördert. Um das alltäglich erlernte Wissen sowie das in der Schule vermittelte behalten zu können entwickeln Kinder in der mittleren Kindheit individuelle Gedächtnisstrategien. Diese bilden im Zusammenhang mit der Gehirnentwicklung, Lernmethoden. Zunächst wird die Methode des simpel erscheinenden Wiederholens angewandt. Mit der Zeit werden die Methoden jedoch immer komplexer und intensiver, bis die Kinder beginnen das Erlernte zu Verknüpfen und so das wichtige zu erlernende Material durch intensive Beschäftigung zu verinnerlichen (vgl. Kramer/Bovenschen/ Spangler, 2007: 178 ff.). Um den Kindern eine optimale Entwicklung ihrer kognitiven Fähigkeiten zu ermöglichen ist es wichtig ihnen die Chance zur Ausbildung ihrer intrinsischen Lernmotivation zu geben. Das bedeutet, ihr Lernen durch Eigeninteresse und natürliche Neugier zu bestärken und nicht durch Vorgaben und das Eigeninteresse der Erwachsener zu hemmen. Langfristig können diese von außen gesteuerten Lernvorgaben zu einem gestörten Selbstbild führen und das Kind in seiner natürlichen Neugier hemmen (vgl. Leuzinger-Bohleber, 2010: 307 f.).

3.1.3 Soziale Beziehungen und Bindungen durch die Entwicklung sozialer Kompetenzen

Die Entwicklung der sozialen Kompetenzen sowie der Emotionsregulation im Alter der Grundschule ist gekennzeichnet durch die Perspektivübernahme (vgl. Kapitel 3.1.2). Das Kind in der Grundschule kann seine eigenen gegenüber den

Gefühlen anderer differenzieren und sich in die Emotionen anderer Personen hineinversetzen. So ist es ihnen möglich ihr Handeln und die Konsequenzen aus den Augen des Gegenübers zu sehen, zu verstehen und die Erfahrung in ihr zukünftiges Handeln mit einfließen zu lassen (vgl. Kramer/Bovenschen/Spangler, 2007: 183). Daraus ergibt sich die Möglichkeit *„persönliche Ziele in sozialen Interaktionen zu erreichen und gleichzeitig positive Beziehungen zu anderen, vor allem auch zu Gleichaltrigen, aufrechtzuerhalten.“* (Kramer/Bovenschen/Spangler, 2007: 183)

3.2 Das ausbilden eines realistischen Krankheits- und Todeskonzept im Alter der Grundschule

Um die vielfältigen Reaktionen der Kinder im Zusammenhang einer lebensbedrohlichen Erkrankung von Mutter oder Vater und mögliche Auffälligkeiten in ihrer Entwicklung verstehen zu können und um ihnen eine angemessene Hilfestellung geben zu können, ist es von Nöten die folgenden altersentsprechenden Konzepte von Krankheit und Tod aufzuzeigen. So kann eine sensible Betrachtung der Gedanken und möglichen Reaktionen der Kinder ermöglicht werden.

3.3.1 Konzept von Krankheit im Grundschulalter

Ein biologisches Basiswissen, der Differenzierung von Lebewesen und Gegenständen, ermöglicht dem Kind, seinem Alter und seiner Entwicklung entsprechend, ein Krankheitskonzept zu erstellen. Dieses biologische Basiswissen ermöglicht es bereits Säuglingen im Alter von circa drei Monaten zwischen Lebewesen und Gegenständen zu unterscheiden. Diese Unterscheidung entwickelt sich gleich auf mit der Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten und stellt Differenzierungsmerkmale wie dem möglichen Wachstum von Lebewesen und dem Stillstand der Gegenstände dar. Im Alter des Schulbeginns können Kinder Lebewesen durch die Möglichkeit von Erkrankung und Genesung von Gegenständen differenzieren (vgl. Lohaus, 2013: 22 f.).

Dank der kognitiven Entwicklungen im Grundschulalter und dem damit einhergehende Vermögen Vorgänge in ihrem ganzen Umfang (vgl. Kapitel 3.1.2) zu durchdenken ist es den Kindern möglich die Ursachen sowie die möglichen Folgen eines Krankheitszustandes zu verstehen. Dem Kind ist es in der Grund-

schule möglich konkrete Sachverhalte zu erfassen und sich mit Hilfe dieser Fähigkeit den Zusammenhang zwischen einer Erkrankung, der Behandlung und der resultierenden Linderung von Symptomen zu erklären. Ein alternativer Behandlungsweg mit dem gleichen Ziel ist jedoch für das Kind schwer nachvollziehbar. Das Kind ist noch nicht in der Lage allgemeine Prinzipien der Behandlung von Krankheiten zu verstehen und somit sind andere Behandlungswege, bei der selben Erkrankung, für das Kind nicht zu verstehen (vgl. Lohaus, 2013: 20 ff.). Durch die kognitive Entwicklung ist es dem Kind in der Grundschule möglich Perspektiven anderer zu übernehmen (vgl. Kapitel 3.1.2). Die Intentionen von Handlungen behandelnder Personen wie einem Arzt werden verstanden und der kurze Schmerz einer Injektionsnadel kann mit der Intention einer Heilung verknüpft werden (vgl. Lohaus, 2013: 19).

Das Wahrnehmen einer Krankheit ist von gemachten Erfahrungen sowie der Entwicklung kognitiver Fähigkeiten abhängig. Noch im Vorschulalter wird Krankheit nur durch unmittelbar erfahrbare Signale wie Blut, Verletzungen oder Schmerz erkannt. Ab dem Schulalter beginnen Kinder zu verstehen, dass es auch Krankheiten gibt, die nicht durch unmittelbar erfahrbare Signale identifiziert werden können und trotz allem einer Behandlung bedürfen (vgl. Lohaus, 2013: 23 f.; Ball, 2004: 28 ff.).

3.3.2 Todeskonzept im Grundschulalter

Der Tod ist ein Thema, zu dem jeder Mensch im Laufe des Lebens einen eigenen Bezug und daraus sein eigenes Konzept erstellt. Die Entwicklung eines kindlichen Todeskonzeptes wird durch die verschiedenen Erlebnisse mit Vergänglichkeit, Abschied und Tod im Alltag sowie die kognitiven Fähigkeiten die ein Kind in seiner Entwicklung erlangt, dominiert. Die Erfahrungen mit Vergänglichkeit, Abschied und Tod sind individuelle Erlebnisse. Sie werden durch das Alter und dem damit einhergehenden Entwicklungsstand, durch die Individualität eines Kindes sowie durch verschiedene externe Einflussfaktoren, wie Kultur, Religion und Umfeld (Familie und Freunde), bewertet (vgl. Specht-Tomann/Tropper, 2013: 59).

Das Verstehen der folgenden Subkonzepte ist eine Grundvoraussetzung um ein realistisches Todeskonzept im Jugend- und Erwachsenenalter bilden zu können:

1. Nonfunktionalität – die körperlichen Funktionen erlöschen mit dem Tod eines Menschen
2. Irreversibilität – der Tod ist endgültig
3. Universalität – der Tod ist unvermeidbar
4. Kausalität – die Ursache des Todes ist biologischer Natur (vgl. Specht-Tomann/Tropper, 2013: 66 f.)

Die entwicklungspsychologische Voraussetzungen, die ein Kind beherrschen muss, um die oben genannten Subkonzepte begreifen zu können und mit ihrer Hilfe ein realistisches Todeskonzept erstellen zu können, sind unter anderem und vor allem das Unterscheiden von gestern, heute und morgen, mit Hilfe des Zeitbegriffs. Darüber hinaus das Unterscheiden von Ereignissen im Gestern und Heute durch das Erlangen eines historischen Verständnisses sowie letztendlich das Erkennen von Belebtem und Unbelebtem anhand der Bewegungsfähigkeit. Kinder müssen des Weiteren in der Lage sein einen kausalen Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung herstellen zu können. Erst die außerordentliche Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten (vgl. Kapitel 3.1.2) in der mittleren Kindheit und dem damit einhergehende Erlangen eines Großteils der oben genannten Voraussetzungen, um die Subkonzepte begreifen zu können, ermöglichen es dem Kind ein realistisches Todeskonzept zu erstellen (vgl. Specht-Tomann/Tropper, 2013: 66 f.). Im Grundschulalter erlernen die Kinder zwischen Fantasie und Realität zu unterscheiden (vgl. Specht-Tomann/Tropper, 2013: 75) und beginnen Ursache und Wirkung bewusst wahr zunehmen. Eine Differenzierung des Zeitgefühls (vgl. Hinderer/Kroth, 2012: 29) sowie das Differenzierungskriterium, Bewegung ist Leben - keine Bewegung ist Tod, werden am Anfang der Schulzeit erlernt (vgl. Specht-Tomann/Tropper, 2013: 75). Durch die erweiterten kognitiven Fähigkeiten beginnen die Kinder ein immer größeres Interesse und eine natürliche Neugier, für alles was mit dem Tod zusammenhängt, zu entwickeln. Geschichten, in denen das Sterben eine zentrale Rolle spielt sowie Friedhöfe, Särge oder Beerdigungen, wecken ihre Neugier. Die Neugier versuchen Kinder durch Fragen zu stillen, welche durch die gehemmten Reaktionen der Erwachsenen bei den Kindern zu unbegründeten Ängsten führen können. (vgl. Hinderer/Kroth, 2012: 30 f.). Mögliche Ängste die Kinder durch das nicht zufriedengestellte Interesse entwickeln können sind beispielsweise *„Verlust- und Trennungsängste, die Sorge, Sicherheit, Geborgenheit, und*

Vertrautes zu verlieren, ...“ (Specht-Tomann/Tropper, 2013: 76). Die Kinder realisieren den Tod als Tatsache und Endgültiges, was jedoch nicht heißt, dass sie ihn auch mit all seiner Konsequenz akzeptieren. Durch den Gewinn des Todes als Realität beginnen Kinder sich intuitiv mit dem Unsterblichkeitsgedanken zu beschäftigen, der das Leben nach dem Tod und die Trennung von dem beerdigten Körper und dem Verbleiben der Seele hinterfragt (vgl. Specht-Tomann/Tropper, 2013: 75). Da das Kind nun begreift, dass der Tod Realität ist, erkennt es auch, dass alle Lebewesen sterblich sind und die Gründe für den Tod neben dem Alter auch Krankheit und ein Unfall sein können. Nachdem zu Beginn der Schule noch die eigene Sterblichkeit verdrängt wird ist es am Ende der Grundschulzeit eine bewusste Realität mit der das Kind umzugehen lernt (vgl. Hinderer/Kroth, 2012: 29 f.). Im Grundschulalter und trotz der kognitiven Fähigkeit den Tod als Realität zu begreifen, kann es zu plötzlichen Rückfällen in die frühkindliche Fantasievorstellung vom Tod kommen da, wie bereits erwähnt, das Realisieren nicht das Akzeptieren bedeuten muss und es den Kindern in überfordernden Situation mit dem Tod die Möglichkeit des Rückzugs bietet (vgl. Specht-Tomann/Tropper, 2013: 75).

3.3 Mögliche Risikofaktoren für die Bewältigung der altersentsprechenden Entwicklungsaufgaben im Grundschulalter

Die oben beschriebenen Entwicklungen von Kindern und die damit verbundene Bewältigung altersentsprechender Aufgaben (vgl. Kapitel 3.1) kann durch so genannte Risikofaktoren, durch die Entwicklung von Auffälligkeiten im Verhalten und der Psyche, negativ beeinflusst, beziehungsweise gehemmt werden. Um einen Teil der möglichen Risikofaktoren und deren Folgen näher zu betrachten werden in dem vorliegenden Kapitel drei exemplarische Risikofaktoren, die der Thematik einer lebensbedrohlichen Erkrankung von Mutter oder Vater ähneln und so die möglichen Folgen der kindlichen Entwicklungshemmungen und entstehenden Auffälligkeiten näher aufzeigen, erläutert. Diese drei Risikofaktoren sind eine psychische oder physische Erkrankung von Mutter oder Vater sowie die Trennung von einem Elternteil durch eine Scheidung der Eltern bzw. die endgültige Trennung von einem Elternteil durch den Tod.

Die Beeinflussung der Entwicklung eines Kindes durch entsprechende Risikofaktoren erfolgt nicht zwingend. Individuell kann das Kind über sogenannte Resilienzfaktoren (Schutzfaktoren) verfügen, die es ihm ermöglichen, trotz der Konfrontation mit Risikofaktoren, einer negativen Beeinflussung entgegen zu wirken und sich weitgehend ohne Auffälligkeiten zu entwickeln. So ist es abhängig von der Menge auftretender Risikofaktoren und der individuellen Kapazität von Resilienzfaktoren, ob und wie stark ein Kind in seiner Entwicklung beeinflusst oder gehemmt wird (vgl. Zentrum für Kinder- und Jugendforschung, o. J.: o. S.).

3.3.1 kurzfristige oder dauerhafte Trennung von einem Elternteil als Folge von Scheidung der elterlichen Beziehung oder dem Tod eines Elternteils

Eine Trennung von den Eltern, ob zeitlich begrenzt oder auf Dauer, durch Scheidung der Eltern oder dem Tod von Mutter oder Vater, bedeutet für das Kind, ganz gleich in welcher Entwicklungsphase es sich befindet, zunächst einen deutlichen Einschnitt in sein Beziehungsgefüge und muss zunächst kognitiv verarbeitet werden. Die Abwesenheit der Bezugspersonen wird circa bis zum sechsten Lebensjahr als Liebesentzug, als Strafe bewertet und der Grund dafür bei sich selbst gesucht. Als Folge der, für das Kind, unbekannten Situation können in der frühen Kindheit Auffälligkeiten wie internalisierendes⁴ Verhalten(Ängste und Schuldgefühle) oder externalisierendes⁵ Verhalten (gesteigerte Aggressivität), als auch Regressionen⁶ der bereits bewältigten Entwicklungsaufgaben(wiederkehrendes Einnässen, verstärktes Klammern), und somatische Symptome wie Bauch- und Kopfschmerzen, entwickelt werden (vgl. Griebel/Oberndorfer, 2001: o. S.). Ab der mittleren Kindheit ist es den Kindern möglich die Perspektiven anderer nachzuempfinden und so zu verstehen, dass sie keine Schuld an der Trennungssituation tragen (siehe Kapitel 3.1.2). Doch auch in diesen Entwicklungsaltern bedeutet die Trennung eine starke Verunsicherung ihrer Person. Die beschriebenen Folgen in der frühkindlichen Entwicklung können so auch in der weiteren Entwicklung der Kinder immer wieder auftreten.

⁴ Inneres Verhalten wie Depressionen, Ängste etc. (vgl. Voos, 2012: o. S.)

⁵ Verhalten welches beobachtbar also nach außen gewendet ist wie aggressives Verhalten etc. (vgl. Voos, 2012: o. S.)

⁶ Rückfall in frühere Entwicklungsphasen (vgl. Duden, 2011: 895)

Das Kind ist in diesem Alter in der Lage seine eigenen Gefühle und Emotionen zu verstehen und zu verbalisieren und ist dadurch in der Lage seinem Umfeld Emotionen und Gefühle wie Angst, Frustration und Trauer seinem Umfeld mitzuteilen. Im weiteren Verlauf der Entwicklung ist es dem Kind möglich Taten von Emotionen des Gegenübers zu differenzieren. So ist es in der Perspektivübernahme nicht mehr davon abhängig, dass sein Gegenüber Gefühle und Emotionen durch Taten ausdrückt. Die Beziehung zwischen den Eltern und dem Kind wird nicht mehr nur durch die Anwesenheit definiert, sondern kann durch Gefühle ausgedrückt werden. Als Resultat daraus wird die geringere Verfügbarkeit eines Elternteils nicht mehr als Strafe oder Liebesentzug definiert. Trotz dass die Kinder die Abwesenheit eines Elternteils nun nicht mehr mit einer Bestrafung gleichsetzen kann es bei dem Verlust eines Elternteils zu starken Verlustängsten mit einem reduzierten Selbstwertgefühl oder Depression als Folge kommen (vgl. Griebel/Oberndorfer, 2001: o. S.). Durch die Folgen der Trennung, gleich ob endgültig durch den Verlust eines Elternteils oder eine Trennung der elterlichen Beziehung kann es bei dem alleinerziehenden Elternteil zu finanziellen Engpässen kommen, die als zusätzliche Herausforderungen auf die Entwicklung der Kinder Einfluss haben können (vgl. Kamensky/Heusohn/Klemm, 2000: 12).

3.3.2 Körperlich erkrankte Eltern

Repräsentative Studien mit 2000 befragten Familien zeigen auf das 4,1 Prozent aller Kinder der westlichen Welt in ihrer Entwicklung einmal unter dem Druck einer körperlichen Erkrankung der Eltern stehen (vgl. Romer 2007: 872). Die Stressoren einer solchen Erkrankung werden von allen Familienangehörigen empfunden und führen häufig dazu das Kinder im Grundschulalter ihre eigenen Bedürfnisse und Sorgen zurückstellen um den Erkrankten nicht zusätzlich zu belasten (vgl. Weis, 2011: 21; Romer, 2007: 872; Traber/Axmann/Rösch, 2007: 303). Die Belastungen einer Krebserkrankung auf das gesamte Familienleben fassten Romer und Haagen nach Lewis wie folgt zusammen und können auch auf Familien die mit anderen körperlichen Erkrankungen von Mutter oder Vater konfrontiert sind übertragen werden.

Durch das Leiden des erkrankten Familienmitglieds werden bei den übrigen Familienmitglieder Emotionen wie Wut, Angst und Hilflosigkeit ausgelöst. Bei

häuslicher Pflege des erkrankten Elternteils stellt sich eine körperliche Erschöpfung der pflegenden ein. Es entsteht die Angst das erkrankte Familienmitglied zu verlieren und es entwickelt sich ein verstärktes Bedürfnis nach körperlicher Nähe. Es verändert sich die Rollenverteilung und die familiäre Lebensführung durch die Erkrankung, auch können sich die Bedürfnisse der Familienmitglieder zunehmend voneinander entfernen. Die gesunden Familienangehörigen beschäftigen sich mit der Frage wie sie dem erkrankten Elternteil Trost spenden können und kämpfen mit eventuell auftretenden finanziellen Problemen. Alle Familienmitglieder setzen sich mit existenziellen Fragen auseinander die bei Kindern im Grundschulalter zum Beispiel den Sinn des Lebens oder dem Leben nach dem Tod betreffen können (vgl. Romer/Haagen, 2007: 15 f.).

Im familiären Anpassungsprozess an die neue Situation durch die körperliche Erkrankung eines Elternteils lassen sich nach Rost (Romer und Haagen, 2007: 874 f.) Reaktionsmuster beobachten die als Bewältigungsstrategie des Familienverbandes gelten und den Individualisierungsprozess der Kinder hemmen und so die Identitätsentwicklung negativ beeinflussen. Diese möglichen Reaktionsmuster sind eine Betonung des familiären Zusammenhalts sowie der sozialen Isolation und geringer Flexibilität bei Problemlösungsansätzen. Auch die Konfliktvermeidung, um den kranken Elternteil zu schonen (siehe weiter oben) und die Parentifizierung der Kinder durch einen Rollenwechsel mit den Eltern, verursacht durch die vermehrte Übernahme von Aufgaben im Haushalt und der Erziehung jüngerer Geschwister können familiäre Reaktionsmuster auf die Erkrankung eines Elternteils sein (vgl. Romer/Haagen, 2007: 18 ff; Romer, 2007: 874 f.). Das Kind im Schulalter leidet unter seelischen Belastungen durch körperbezogene Ängste und der Angst die Eltern in dieser Ausnahmesituation zusätzlich zu belasten. Mögliche Folgen der Erkrankung können vom Kind umfangreich bedacht werden. Auch können körperliche Veränderungen des erkrankten Elternteils, wie beispielsweise der Haarverlust durch eine Chemotherapie bei einer Tumorerkrankung, langfristige Irritationen des kindlichen Körperschemas verursachen (vgl. Romer, 2007: 877 f.). Bei der Entwicklung psychischer Auffälligkeiten der Kindern körperlich kranker Eltern zeigte sich, in verschiedenen Studien, das psychosoziale assoziierte Risikofaktoren, wie die Depressivität der Mutter oder des nicht erkrankten Elternteils, eine gestörte familiäre Beziehungsgestaltung sowie mangelhafte Offenheit in der innerfamiliären

Kommunikation, eher Einfluss auf die kindliche Entwicklung nehmen können und medizinische Faktoren, nur geringen Einfluss haben (vgl. Romer 2007: 880 ff.; Weis, 2011: 22). Weitere Auffälligkeiten die bei Kindern im Grundschulalter im Zusammenhang mit der Stresssituation einer körperlichen Erkrankung eines der Elternteile auftreten können sind internalisierende Symptome wie, ein häufiger Leistungsabfall in der Schule, Rückzug und Isolation vor dem sozialen Umfeld sowie zunehmende Aggressionen und somatische Beschwerden die bei einer emotionalen Überforderung des Kindes auftreten können (vgl. Traber et al., 2007: 303). Die Reaktionen der Kinder unterscheiden sich tendenziell bei den verschiedenen Krankheitsbildern der Eltern, könne jedoch nicht strickt nur einem dieser Krankheitsbilder zugeordnet werden (vgl. Riedesser/ Schulte-Markwort, 1999).

3.3.3 Psychische Erkrankung der Eltern

Die psychische Erkrankung der Eltern ist für Kinder vor allem ein Risikofaktor in Hinsicht der eigenen Psyche. Das Risiko einer psychischen Erkrankung bei Kindern psychisch kranker Eltern liegt um ein zehnfaches höher als gegenüber nicht vorbelasteten Kinder durch die Eltern (vgl. Lenz, 2005: 13 f.). Dies bezieht sich auf die Erkrankung der Kinder mit der selben psychischen Erkrankung der Eltern, einer Schizophrenie (vgl. Lenz, 2005: 14). Nach Lenz (2005: 13 f.) zeigen die Kinder psychischkranker Eltern, neben dem deutlich erhöhten Risiko einer eignen psychischen Erkrankung weitere Auffälligkeiten wie eine Beeinflussung der sozial-emotionalen sowie kognitiven Entwicklung. Es wurden externalisierende Verhaltensauffälligkeiten, wie aggressive Verhaltenstörungen, Kommunikationsprobleme und Aufmerksamkeitsdefizite, beobachtet. Die soziale Kontakt der Kinder wird verringert, da die Eltern sich und die Familie durch die Erkrankung zurückziehen und den Kontakt zur Umwelt vermeiden, so können die Kinder in der Entwicklung ihrer sozialen Kompetenzen beeinflusst werden (vgl. Lenz, 2005: 13 ff.). Die Thematiken, Disharmonie in der Familie, Trennung der Eltern, Armut sowie einige andere soziale Einflussfaktoren treten als Folge der psychischen Erkrankung eines Elternteils in den Familien verstärkt auf und können die negative Entwicklung des Kindes zusätzlich beeinflussen (vgl. Kapitel 3; Lenz, 2005: 15). Es kann zu einer eingeschränkten Eltern-Kind-Beziehung kommen (vgl. Lenz, 2005: 17) was dem Kind die Chance

einer sicheren Heimatbasis als Rückzugsort während seiner Entwicklung verwehrt (vgl. Kapitel 2). Kommt es zu einem Klinikaufenthalt des psychisch kranken Elternteils kann das Kind Verlustängste entwickeln da es sich während der Abwesenheit des Elternteils allein gelassen fühlt (vgl. Lenz, 2005: 94). Aus Angst vor Rückfällen oder Verschlechterungen der psychischen Stabilität des erkrankten Elternteils nehmen Kinder ihre Interessen und Bedürfnisse immer mehr zurück und verhalten sich angepasst. Sie isolieren sich von der Familie aus Angst, die Eltern zu belasten und entwickeln Schuldgefühle kommt es trotz ihrer Zurückhaltung zu einem Rückfall da sie in der Bewältigung der Krankheit in die magische Annahme, der Grund für die Erkrankung, aus dem Vorschulalter zurückfallen können (vgl. Lenz., 2005: 94 f.). Erkrankt ein alleinerziehender Elternteil an einer psychischen Krankheit oder die Diagnose entfernt die Eltern als Paar voneinander, kann es dazu kommen das das Kind als Lückenfüller oder Partnerersatz von den Eltern missbraucht werden. Das Kind verliert in der Familie seine Rolle als Kind und steht zwischen den Eltern. Auch übernehmen die Kinder immer mehr Aufgaben in der Familie, sie beginnen sich um das erkrankte Elternteil zu kümmern, übernehmen Aufgaben im Haushalt und in der Erziehung eventuell vorhandener Geschwister. Das Kind versucht alle Beteiligten zu entlasten um einen Rückfall zu vermeiden und eine eventuell entstandenen Disharmonie in der Familie entgegen zu wirken (vgl. Lenz, 2005: 92 f.).

3.4 Zusammenfassung

Die Entwicklungen von Kindern im Grundschulalter sind vor allem durch die kognitive Entwicklung sowie das Festigen eines Selbstkonzepts und der Ausbildung soziale Fähigkeiten geprägt. Durch das Erweitern ihrer kognitiven Fähigkeiten entwickeln Kinder erste Lernkonzepte um Anforderungen, Erwartungen und Erfahrungen entsprechen und verarbeiten zu können. Sie ermöglichen sich dadurch positive Resonanzen auf ihr Können durch ihr soziales Umfeld. Damit wird die Entwicklung eines positiven Selbstkonzepts gefördert (vgl. Kapitel 3.1). Diese Entwicklung kann durch Risikofaktoren negativ beeinflusst werden und hindert Kinder daran sich dem Alter entsprechend entfalten zu können. Risiken, wie die Scheidung der Eltern, der Tod eines Elternteils sowie die körperliche oder psychische Erkrankungen eines Elternteils, können das Kind in seiner

Entwicklung hemmen und stören. Sie können Gründe für die Entwicklung von externalisierendem und internalisierendem Verhalten, Regressionen sowie der Entstehung von psychosomatischen Symptomen sein (vgl. Kapitel 3.2).

Ein realistisches Konzept von Krankheit und Tod zu bekommen ist erst durch die Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten und das Erfassen der vorausgesetzten Subkonzepte ab dem Grundschulalter möglich. Dem Mensch ist es in seiner Entwicklung erstmalig möglich die Zusammenhänge von Erkrankungen, Behandlungen und dem eventuell daraus resultierenden Tod zu begreifen und sich vom zuvor fantasiebesetzten Bild von Krankheit und Tod zu lösen. Das Kind ist entwicklungspsychologisch in der Lage auch Krankheiten zu erkennen die nicht unmittelbar, durch Blut, Wunden oder andere Signale erfahrbare sind und den Tod als etwas Endgültiges für alle Lebewesen zu begreifen. All dieses Verständnis bedeutet jedoch nicht, dass es dem Kind oder auch später dem Erwachsenen möglich ist die Realität zu akzeptieren (vgl. Kapitel 3.3).

4. Eltern-Kind-Kommunikation im Fall einer lebensbedrohlichen Erkrankung von Mutter oder Vater um präventiv auf Risikoentwicklungen der Kinder einzuwirken

Häufig versuchen Eltern ihre Kinder vor schockierenden neuen Entwicklungen in der Familie oder dem Umfeld zu schützen. Sie halten Informationen von den Kindern fern und versuchen die Situation der Familie und die Diagnose von Mutter oder Vater zu verharmlosen (vgl. Jarratt, 2006: 14). Das Kind über die Erkrankung sowie mögliche Folgen der Erkrankung für die Familien und die Individuen zu informieren ist jedoch von großer Bedeutung, soll die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten als Folge der elterlichen Erkrankung vermieden werden. Um dem Kind diese Informationen mitzuteilen lässt sich kein pauschal richtiger Zeitpunkt formulieren. Es ist jedoch sicher, dass Kinder schnellst möglich informiert werden sollten (vgl. Jarratt, 2006: 17), da sie besonders sensibel auf Inkongruenzen der Eltern reagieren. Die amerikanische Krebsgesellschaft fasst sechs Gründe, Kinder über die Krebserkrankung eines Elternteils zu informieren, wie folgt zusammen:

1. Kinder bemerken Veränderungen innerhalb der Familie.

2. Das mögliche Schweigen der Eltern kann dramatische Fantasien der Kinder auslösen.
3. Es wird dem Risiko vorgegriffen, dass andere Personen das Kind informieren und evtl. falsche Informationen vermitteln.
4. Dass nicht mit dem Kind über die Veränderungen gesprochen wird kann dazu führen, dass sich das Kind aus der Familie ausgeschlossen fühlt. Dies kann zu einem verminderten Selbstwertgefühl führen.
5. Wird ein Kind in die Veränderungen mit einbezogen signalisieren die Eltern dem Kind, dass sie dem Kind die Bewältigung der Situation zutrauen und bestärken sein Selbstwertgefühl.
6. Ist das Kind über die Diagnose sowie mögliche Einschränkungen und Veränderungen durch die Erkrankung informiert ist es ihm möglich Rücksicht auf den erkrankten Elternteil zu nehmen (vgl. Brütting, 2011: 19 f.).

Diese Gründe lassen sich zum Großteil auf weitere lebensbedrohliche Erkrankungen der Eltern übertragen.

Die in Kapitel 2.2.3 nach Carl Rogers genannten Verhaltensmerkmale (Empathie, Kongruenz und Akzeptanz) spielen in der Eltern-Kind-Kommunikation eine bedeutende Rolle und sollten daher von Eltern verinnerlicht werden. Wie bereits oben kurz erwähnt, verfügen Kinder über ein besonders sensibles Gespür für Ehrlichkeit und Aufrichtigkeit ihres Gegenübers (vgl. Brütting, 2011: 18 f.; Jarratt, 2006: 17). Sollten Kinder eine Unstimmigkeit zwischen dem ihm Mitgeteilten und der realen Situation innerhalb der Familie beobachten, können sie in ihren Fantasien Gründe für mögliches Schweigen, die Situation und die Ausgrenzung innerhalb der Familie, seiner eigenen Person spinnen (vgl. Romer/Haagen, 2007: 32 f.), die eventuell die Realität bei Weitem übertreffen. Für ein Gespräch mit den Kindern sollten Eltern sich ausreichend Zeit nehmen, um aufkommenden Gefühlen und Emotionen aller beteiligten Personen genügend Raum zu ermöglichen (vgl. Kapitel 2.3; Brütting, 2011: 27). Auch sollte auf Fragen der Kinder, im Rahmen der Möglichkeiten und dem eigenen Wissen der Eltern, geantwortet werden, um Missverständnissen und dramatisierenden Fantasien der Kinder vorgegreifen zu können (vgl. Brütting, 2011: 25). Die Realität und tatsächliche mögliche Entwicklung der Erkrankung sowie Veränderungen für die Familie sollten dem Alter entsprechend ungeschönt dem Kind mitgeteilt werden (vgl. Jarratt, 2006: 18 f.). Durch die kognitive Entwicklung (vgl. Kapitel

3.1.1) sowie die dadurch resultierenden Konzepte von Krankheit und Tod (vgl. Kapitel 3.2) wird dem Kind im Alter der Grundschule ermöglicht die Bedeutung von Krankheit, Behandlungen sowie mögliche Folgen zu begreifen, auch wenn dies wie bereits in Kapitel 3.2 erwähnt, nicht bedeutet, dass diese Entwicklungen akzeptiert werden müssen. Die Aufrichtigkeit der Eltern vermittelt dem Kind Anerkennung und Zuspruch, mit der Situation umgehen zu können. Dies unterstützt die Entwicklung des Selbstwertgefühls, welches, wie in Kapitel 2.2.1 dargestellt, zu den Entwicklungsaufgaben der mittleren Kindheit gehört.

Um dem Kind im Gespräch respektvoll und aufrichtig begegnen zu können gilt es sich mit ihnen auf eine Augenhöhe zu begeben und so eine symmetrische Kommunikation ohne hierarchische Beziehungsstrukturen zu ermöglichen (vgl. Kapitel 2.2.2). Eltern sollten dem Alter entsprechende Worte wählen und sich Wort wörtlich auf ihre Augenhöhe begeben, indem sie beispielsweise in die Knie gehen und so einen direkten Augenkontakt zwischen ihnen und dem Kind ermöglichen (vgl. Kapitel 2.3).

Im Gespräch mit den Kindern sollten Eltern immer wieder sich bestätigen lassen, dass das Kind tatsächlich verstanden hat. So gilt es Missverständnissen, nach den vier Ohren von Friedemann Schulz von Thun (vgl. Kapitel 2.2.1), vorzugreifen und sicherzustellen, dass das Kind die Erkrankung sowie mögliche Folgen wirklich erfasst hat.

Führen Kinder durch spontane Lautstärke, ablenkendes Verhalten oder andere Ablenkungen zu einem spontanen Abbruch des Gesprächs kann dies ein Zeichen von Überforderung des Kindes sein und sollte von den Eltern respektiert werden (vgl. Jarratt, 2006: 19 f.). Die Eltern sollten gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal erneut das Gespräch suchen und offen gebliebene Fragen klären.

Besteht innerhalb der Familie, wie in Kapitel 2.3 beschrieben, eine offene Gesprächskultur haben Kinder die Möglichkeit ungehemmt aufkommende Fragen und Ängste ihren Eltern mitzuteilen und müssen sich nicht mit ihren Gefühlen und Emotionen zurückziehen und von ihrem sozialen Umfeld isolieren (vgl. Brütting, 2011: 34 ff.).

Sollte es zu einer kurzfristigen Trennung vom erkrankten Elternteil kommen, beispielsweise durch einen Krankenhausaufenthalt, ist es unbedingt notwendig das minderjährige Kind frühzeitig darüber zu informieren. Es können regelmä-

ßige Kommunikationswege eingerichtet werden, die dem Kind Sicherheit geben den Elternteil (noch) nicht verloren zu haben (vgl. Jarratt, 2006: 48 f.). Auch Besuche der Kinder im Krankenhaus müssen besprochen und vorbereitet werden. Die Entscheidung den kranken Elternteil im Krankenhaus zu besuchen sollte den Kindern frei gestellt werden und nicht unter Druck geschehen. Das Kind muss über die eventuell optische Veränderungen, die durch die Behandlung im Krankenhaus eingetreten sein kann sowie lebenserhaltende Gerätschaften, die den Eindruck des im Bett liegenden Elternteils verschreckend wirken lassen können, informiert und aufgeklärt werden. So kann einen Schock und eine Traumatisierung vermieden werden (vgl. Brütting, 2011: 40 ff.).

Im Alltag auftretende Veränderungen, wie die Rollenverteilung innerhalb der Familie oder ein veränderter Tagesablauf, bedürfen ebenso eine frühstmögliche Information an die Kinder. So bekommen die Kinder die Möglichkeit sich auf die Veränderungen einstellen zu können. Auch ist es der Familie so möglich für das Kind und das Familiengefüge bedeutende Rituale zu erhalten, um dem Kind nicht alle Gewohnheiten zu nehmen. Für die Kinder ist es wichtig möglichst viel vom gewohnten Alltag zu erhalten (vgl. Brütting, 2011: 15 f.). Ist das Kind über die Erkrankung und mögliche Symptome informiert ist es ihm intuitiv möglich den erkrankten Elternteil zu entlasten, indem es Aufgaben im Haus übernimmt. Diese Aufgaben sollten dem Alter entsprechend sein und den Kindern nicht zu viel Freizeit nehmen. Sonst kann es zu einer Parentifizierung kommen. Diese Parentifizierung führt dazu, dass das Kind innerhalb der Familienstruktur seine die Rolle des Kindes verliert und zu viel Verantwortung in der Familie übernimmt (vgl. Brütting, 2011: 70 f.).

Die lebensbedrohliche Erkrankung von Mutter oder Vater kann bei Kindern im Grundschulalter existenzielle Folgen auf die natürliche Entwicklung haben. Es gilt, durch eine offene Gesprächskultur innerhalb der Familie und dem Respektieren der kindlichen Neugier sowie dem Informationsdurst, den risikobehafteten Entwicklungen entgegen zu wirken. Wie im Kapitel 3.3 beschrieben können Kinder Auffälligkeiten im externalisierenden Verhalten, wie Aggressionen, selbstverletzendes Verhalten und andere nach außen gerichtete Verhaltensauffälligkeiten, sowie im internalisierenden Verhalten wie Depressionen, Essstörungen und weitere nach innen gerichtete Verhaltensauffälligkeiten entwickeln. Auch kann es zu einem Rückschritt der Entwicklung (Regression) kommen, in

dem bereits bewältigte Entwicklungskonflikte wieder aufleben und das Kind beispielsweise wieder einnässt. Auch eine Isolation vom sozialen Umfeld und der Familie kann die Folgereaktion von minderjährigen Kindern im Alter der Grundschule, auf eine lebensbedrohliche Erkrankung von Mutter oder Vater sein. Eine Überforderung der Kinder, durch die Situation, äußert sich häufig durch psychosomatische Symptome (vgl. Kapitel 3.3), wie Bauchschmerzen und Kopfschmerzen. All diese Symptome, sollten sie bei dem Kind auftreten, sind von den Eltern ernst zu nehmen. Ist es den Eltern, durch die oben beschriebene Einführung von einer offenen Gesprächskultur innerhalb der Familie, nicht möglich den Symptomen beziehungsweise den Verhaltensauffälligkeiten entgegen zu wirken, sollten professionelle Hilfen, wie Familienhilfe, Beratungsstellen oder Therapeuten, um nur einige Hilfsangebote zu nennen, aufgesucht werden (vgl. Specht-Tomann/Tropper, 2013: 149 f.) um eine dauerhafte Beeinträchtigung der altersentsprechenden Entwicklungsphasen zu vermeiden. Da im Alter der Grundschule ein natürliches Interesse am Tod entsteht (vgl. Kapitel 3.2) kann es zu Fragen der Kinder an ihre Eltern kommen, die zunächst, in der speziellen Situation der Familie durch einer lebensbedrohliche Erkrankung von Mutter oder Vater, befremdlich und verstörend wirken. Die Fragen sind jedoch ein natürliches Interesse aller Kinder, bedingt durch die kognitiven Entwicklungen im Grundschulalter sowie der Entwicklungsphase der Latenz. Eltern sollten sich bemühen diese Fragen im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu beantworten. Kommt es dazu, dass Eltern diese Fragen ignorieren oder eher verstörend beantworten (Inkongruentes Verhalten der Eltern) kann dies zu unnatürlichen Ängsten vor dem Tod führen (vgl. Kapitel 3.2).

5. Fazit

Um die vorliegende Arbeit abzuschließen werden in diesem Kapitel zunächst die vorherigen Kapitel noch einmal zusammengefasst. Daran schließt sich die Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit an. Weiter wird in diesem Kapitel näher auf die mögliche Professionalisierung der Betreuung von Kindern deren Mutter oder Vater lebensbedrohlich erkrankt ist und ihren Familien sowie die Bedeutung von Sozialarbeitern innerhalb professioneller Einrichtungen. Wie in Kapitel 2.1 schon näher erläutert ist Kommunikation ein interaktiver Prozess

durch den Austausch zwischen mindesten zwei Beteiligten, mit Hilfe von digitalen und analogen Kommunikationsmitteln. Dieser Prozess wird durch die Ziele ihres Senders und die Interpretationsmöglichkeiten des Empfängers, wie in Kapitel 2.2.1 beschrieben, die Grundeigenschaften der Kommunikation nach Paul Watzlawick (vgl. Kapitel 2.2.2) und die Verinnerlichung der Verhaltensmerkmale nach Rogers in Kapitel 2.2.3 beeinflusst. Eine gelingende Eltern-Kind-Kommunikation beinhaltet all die in den genannten Kapiteln aufgeführten Grundlagen der Kommunikation sowie das aufmerksame Zuhören und vermittelt dem Kind so eine Wertschätzung seiner Person. Dies führt zu einer selbstbewussten Entwicklung des Kindes (vgl. Kapitel 2.3). Die Entwicklung der kognitiven und sozialen Fähigkeiten sowie die Entwicklung eines Selbstwertgefühls in der Grundschule sind elementare Prozesse, welche das Kind durch die natürliche Entwicklung zu einer autonomen, selbstbewussten Person heranführen (vgl. Kapitel 3.1). Diese Entwicklung kann durch mögliche Risiken, wie den Tod eines Elternteils im Grundschulalter, negativ beeinflusst werden. Als Folge kann es zu internalisierenden und externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten sowie einer Regression oder dem Auftreten somatischer Symptome wie Bauch- oder Kopfschmerzen kommen. Diese Folgen können das Kind in der weiteren Entwicklung negativ beeinflussen und es in seiner Entwicklung hemmen (vgl. Kapitel 3.3). Die altersentsprechenden Entwicklungen der kognitiven Fähigkeiten und das dadurch möglich werdende Verstehen von Konzepten, wie der Nonfunktionalität, der Irreversibilität, der Universalität oder der Kausalität, ermöglichen dem Kind in der Grundschule erstmalig ein realistisches Bild vom Tod zu entwickeln sowie den Zusammenhang von Ursache und Wirkung bei Krankheiten und ihren Behandlungen zu verstehen (vgl. Kapitel 3.2). So hat sich in dieser Arbeit herausgebildet, dass Kinder im Alter der Grundschule bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung von Mutter oder Vater unbedingt informiert und in Kenntnis gesetzt werden sollten. Da es nur durch eine offene Gesprächsbasis innerhalb der Familie möglich ist, die Kinder den oben beschriebenen Risiken, durch das Schweigende der Eltern, zu schützen (vgl. Kapitel 4). In dieser Arbeit wurde die Bedeutung von Kommunikation mit Kindern im Grundschulalter herausgearbeitet, die mit der Risikosituation einer lebensbedrohlichen Erkrankung von Mutter oder Vater konfrontiert sind, um der Entwicklungen von Verhaltensauffälligkeiten und anderen Risikoentwicklungen der Kin-

der entgegen zu wirken. Es wurde verdeutlicht von welcher Bedeutung es ist Kinder über Krankheiten, mögliche Folgen und Entwicklungen innerhalb der Familienstruktur zu informieren und was geschehen kann, sollten Eltern ihre Kinder nicht informieren.

In Zukunft sollte dieser Aspekt der Familienbetreuung im Falle einer lebensbedrohlichen Erkrankung im Zusammenhang mit ärztlicher Betreuung oder weiteren professionellen Betreuern innerhalb einer Klinik näher erforscht werden.

Auch mögliche therapeutische oder innerfamiliäre Methoden, um aufgetretenen Risikoentwicklungen der Kindern die in einem Zusammenhang zu der lebensbedrohlichen Erkrankung eines Elternteils stehen, entgegenzuwirken sollten Bestandteil zukünftiger Forschungen sein. In Zukunft sollte die Fragestellung dieser Arbeit auch auf weitere Entwicklungsphasen der Kinder, wie beispielsweise die Adoleszenz übertragen werden. Auch könnte die intensivere wissenschaftliche Bearbeitung der Thematik „Kommunikation mit Kindern lebensbedrohlich erkrankter Eltern“ dazu führen, dass sich vermehrt professionelle Einrichtungen (wie Beratungsstellen, Fachpersonal in Kliniken) etablieren, die durch die wissenschaftliche Arbeit einen Handlungsbogen für ihre Arbeit an die Hand gegeben bekommen.

Für die Soziale Arbeit kann die Begleitung von Familien, in denen Mutter oder Vater lebensbedrohlich erkrankt ist, ein breit aufgestelltes Arbeitsfeld darstellen. Zunächst gilt einzuschätzen ob es eine gesamten Familienberatung oder einer Einzelfallarbeit mit dem Kind bedarf. Die verschiedenen Methoden der Beratung durch Erlebnispädagogik bis zur klientenzentrierten Beratung nach Rogers (vgl. Kapitel 2.2.3) ergeben sich im individuellen Falle. Die Sozialarbeiter als Fachkraft im Umgang mit Kindern und Familien, die mit der lebensbedrohlichen Erkrankung von Mutter oder Vater konfrontiert sind, in Krankenhäusern oder Beratungsstellen zu etablieren, um so Eltern und Kinder im Umgang mit der Erkrankung zur Seite zu stehen, sollte aus Sicht dieser Arbeit ein Ziel der weiteren wissenschaftlichen Arbeit sein. Wie bekannt ist sind klinische Sozialarbeiter vor Ort vertreten, jedoch umfasst deren Arbeitsauftrag häufig nur die Betreuung und Unterstützung des Patienten und nicht der ganzen Familie. Und dieses, obwohl mehrere Forschungen bereits bestätigt haben, dass eine familienorientierte ganzheitliche Betreuung durch den behandelnden Arzt, medizinisches Fachper-

sonal sowie begleitende Sozialarbeiter und Therapeuten, effektiver sind (vgl. Romer/Haagen, 2007: 8 ff.). Ein Beispiel einer aus der Hospizbewegung entwickelten Beratungs- und Begleitstelle für Kinder lebensbedrohlich erkrankter Eltern ist das `projekt KLEE` in Kiel. Diese Einrichtung gliedert sich an die „hospiz-initiative Kiel e. V.“, welche sich ausschließlich durch Spendengelder finanziert. Innerhalb dieses Projektes werden einerseits Initiativen zur Finanzierung und Werbung, wie der Kinder-Kleiderbörse, als auch Begleitungen von Familien mit minderjährigen Kindern, in denen Mutter oder Vater lebensbedrohlich erkrankt ist, organisiert. Diese Arbeit wird zum Großteil von ehrenamtlichen Begleitern ausgeübt. Die meisten Initiativen die sich mit der Begleitung von Kindern lebensbedrohlich erkrankter Eltern beschäftigen sind an Einrichtungen oder Vereine der Hospizbewegung gegliedert. Um neben `projekt KLEE` noch einige zu nennen wäre da der Verein Kinderhospiz in Schwäbischhall e. V. sowie der Sozialdienst katholischer Frauen Essen-Mitte e. V., die sich mit Hilfe ehrenamtlicher Helfer Kindern lebensbedrohlich erkrankter Eltern und ihren Familien widmen. Um dieser Arbeit eine Wertsteigerung bei zu messen und ihren Wirkungsgrad zu steigern, wären intensivere Forschungen und wissenschaftliche Begleitung der Arbeit notwendig. So könnten professionelle Handlungswege und Methoden den Mitarbeitern an die Hand gegeben werden. Auch die Professionalisierung der Arbeit durch ausgebildetes Fachpersonal, wie Sozialarbeiter würde die Bedeutung der Arbeit mit Kindern lebensbedrohlich erkrankter Eltern und ihren Familien anheben

Die hier vorliegende Arbeit trägt dazu bei Eltern aber auch Professuren wie Sozialarbeiter, in ihrem Umgang mit Kindern im Grundschulalter bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung von Mutter oder Vater zu bestärken. Sie zeigt auf das Grundschulkinder weit mehr begreifen als ihnen im ersten Moment zugetraut wird und dem entsprechend sie auch, bei dramatischen Entwicklungen innerhalb der Familie, involviert werden müssen um präventiv Verhaltensauffälligkeiten und langfristigen Schäden der natürlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzutreten.

Abbildungsverzeichnis:

- Abb. 1 4-Ohren-Modell nach Friedemann Schulz von Thun. Online im Internet unter <http://www.nonverbal-kommunikation.de/files/2011/02/die-vier-seiten-einer-Nachricht.jpg> (07.05.2015)
- Abb. 2 Zirkularität der Kommunikation nach Paul Watzlawick. Online im Internet unter <http://upload.wikimedia.org/wikipedia/de/thumb/0/07/Interpunktion.png/500px-Interpunktion.png> (24.02.2015)
- Abb. 3 Zentrale Verhaltensmerkmale der Kommunikationspartner nach Rogers. Röhner, Jessica und Schütz, Astrid (2012): Psychologie der Kommunikation: 24
- Abb. 4 Umschüttversuch nach Piaget. Online im Internet unter https://www.uni-due.de/edit/lp/grafik/oerter_montada/526.jpg (01.04.2015)

Literaturverzeichnis:

- Das DUDEN-3er-Paket. Die deutsche Rechtschreibung ; Fremdwörterbuch ; Rechtschreibprüfungs-Software "Korrektor 7.0" für Windows. Genehmigte Sonderausgabe für Weltbild-Verl. Augsburg: Weltbild-Verl.
- **Andresen, Sabine; Brumlik, Micha; Koch, Claus (Hg.)** (2010): Das ElternBuch. Wie unsere Kinder geborgen aufwachsen und stark werden ; 0-18 Jahre. Unter Mitarbeit von Philip Waechter. 1. Aufl. Weinheim [u.a.]: Beltz.
- **Bibliographisches Institut** (2006): Meyers großes Taschenlexikon. 10., neu bearb. u. erw. Aufl., Standardausg., Umschlaggestaltung: Glas AG. Mannheim: Meyers Lexikonverl.
- **Brütting, Sabine** (2011): Was macht der Krebs mit uns? Kindern die Krankheit ihrer Eltern erklären. 1. Aufl. Bonn: Balance-Buch-und-Medien-Verl (Besser beraten).
- **Hasselhorn, Marcus und Schneider, Wolfgang (Hg.)** (2007): Handbuch der Entwicklungspsychologie. Göttingen: Hogrefe (Handbuch der Psychologie, Bd. 7).
- **Hilgers von, Barbro; Ellneby, Ylva** (2012): Die Kunst, mit Kindern zu reden. Freiburg i.Br: Lambertus.
- **Hinderer, Petra; Kroth, Martina** (2005): Kinder bei Tod und Trauer begleiten. Konkrete Hilfestellungen in Trauersituationen für Kindergarten, Grundschule und zu Hause. Münster: Ökotopia-Verl. (Reihe: Pädagogische Kompetenz, Bd. 3).
- **Jewett Jarratt, Claudia** (2006): Trennung, Verlust und Trauer. Was wir unseren Kindern sagen - wie wir ihnen helfen. Weinheim: Beltz Verlag.
- **Kamensky, Jutta; Heusohn, Lothar; Klemm, Ulrich** (2000): Kindheit und Armut in Deutschland. Beiträge zur Analyse, Prävention und Intervention. Ulm: Klemm & Oelschläger.

- **Kramer, Klaudia; Bovernschen, Ina; Spangler, Gottfried** (2007): Schulkindalter. In: Hasselhorn, Marcus und Schneider, Wolfgang (Hg.): Handbuch der Entwicklungspsychologie. Göttingen: Hogrefe (Handbuch der Psychologie, Bd. 7), S. 175–186.
- **Lenz, Albert** (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe.
- **Leuzing-Bohleber, Marianne** (2010): Entwicklungsprozess in der mittleren Kindheit. Wann muss ich mir Sorgen machen? In: Sabine Andresen, Micha Brumlik und Claus Koch (Hg.): Das ElternBuch. Wie unsere Kinder geborgen aufwachsen und stark werden ; 0-18 Jahre. Unter Mitarbeit von Philip Waechter. 1. Aufl. Weinheim [u.a.]: Beltz, S. 296–315.
- **Lohaus, Arnold** (2013): Kindliche Krankheitskonzepte. In: Martin Pinguart (Hg.): Wenn Kinder und Jugendliche körperlich chronisch krank sind. Psychische und soziale Entwicklung, Prävention, Intervention. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; Imprint: Springer (Springer-Link : Bücher), S. 17–32.
- **Motschnig, Renate; Nykl, Ladislav; Beutel, Helmuth** (2009): Konstruktive Kommunikation. Sich und andere verstehen durch personenzentrierte Interaktion. 1. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta (Konzepte der Humanwissenschaften).
- **Pinguart, Martin** (Hg.) (2010): Entwicklungspsychologie - Kindes- und Jugendalter. Göttingen, Bern, Wien [u.a.]: Hogrefe (Bachelorstudium Psychologie).
- **Pinguart, Martin** (Hg.) (2013): Wenn Kinder und Jugendliche körperlich chronisch krank sind. Psychische und soziale Entwicklung, Prävention, Intervention. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; Imprint: Springer (SpringerLink : Bücher).
- **Plate, Markus** (2013): Grundlagen der Kommunikation. Gespräche effektiv gestalten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Uni-Taschenbücher, 3855).

- **Roebers, Claudia M.** (2007): Entwicklung des Selbstkonzepts. In: Hasselhorn, Marcus und Schneider, Wolfgang (Hg.): Handbuch der Entwicklungspsychologie. Göttingen: Hogrefe (Handbuch der Psychologie, Bd. 7), S. 381–391.
- **Röhner, Jessica; Schütz, Astrid** (2012): Psychologie der Kommunikation. Wiesbaden: Imprint: Springer VS (Basiswissen Psychologie).
- **Romer, Georg** (2007): Kinder körperlich kranker Eltern: Psychische Belastungen, Wege der Bewältigung und Perspektiven der seelischen Gesundheitsvorsorge. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* (56), S. 870–890.
- **Romer, Georg; Haagen, Miriam** (2007): Kinder körperlich kranker Eltern. Göttingen [u.a.]: Hogrefe (Praxis der Paar- und Familientherapie, 5).
- **Sarimski, Klaus** (2013): Soziale Risiken im frühen Kindesalter. Grundlagen und frühe Interventionen. Göttingen: Hogrefe.
- **Schulz von Thun, Friedemann** (1985): Störungen und Klärungen. Psychologie der zwischenmenschlichen Kommunikation. 45. - 54. Tsd. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (rororo rororo-Sachbuch, 7489).
- **Schwarzer** (2010): Präoperationales Stadium (2 bis 7 Jahre). In: Martin Pinguart (Hg.): Entwicklungspsychologie - Kindes- und Jugendalter. Göttingen, Bern, Wien [u.a.]: Hogrefe (Bachelorstudium Psychologie), S. 88–91.
- **Specht-Tomann, Monika; Tropper, Doris** (2011): Wir nehmen jetzt Abschied. Kinder und Jugendliche begegnen Sterben und Tod. 1. Aufl. Ostfildern: Patmos.
- **Trabert, Gerhard; Axmann, Jasmin; Rösch, Michael** (2007): Kinder Krebskranker Eltern: Zu wenig Unterstützung. In: *Deutsches Ärzteblatt*, S. 303.
- **Watzlawick, Paul; Bavelas, Janet Beavin; Jackson, Don D.** (2011): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. 12., unveränd. Aufl. Bern: Huber (Psychologie-Klassiker).

- **Weis, Sascha (2011):** "Hast du mich noch lieb, wenn Du tot bist?" - Psychosoziale Hilfen für Kinder krebskranker Eltern. In: *Journal Tumorzentrum Erfurt* (1), S. 20–23.

Internetquellen:

- **Ball, Juliane (2004):** Untersuchung und Erfassung von kindlichen Krankheitskonzepten im Grundschulalter, URL: <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2004/0629/pdf/djb.pdf> (05.05.2015)
- **Bertelsmann Stiftung (2015):** Armut ist Risiko für Entwicklung von Kindern, URL: <http://www.bertelsmann-stiftung.de/de/pressestartpunkt/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung/pid/armut-ist-risiko-fuer-entwicklung-von-kindern/> (14.04.2015)
- **deutsches Bündnis gegen Depression e.V. (o.J):** Kinder und Jugendliche, URL: http://www.buendnis-depression.de/depression/kinder-und-jugendliche.php#Warum_werden_Kinder_depressiv (14.04.2015)
- **Demichiel, Erwin (2013):** Motivation- Bindungssystem und Explorationssystem, URL: <http://www.salto.bz/article/08062013/motivation-bindungssystem-und-explorationssystem> (05.05.2015)
- **Griebel, Wilfried und Oberndorfer, Rotraut (2001):** Scheidung und Trennung: Reaktion der Kinder und der Schule, URL: https://www.familienhandbuch.de/cms/Familienforschung-Scheidung_und_Trennung.pdf. (15.04.2015)
- **Riedesser, Peter und Schulte-Markwort, Michael (1999):** Kinder körperlich kranker Eltern: Psychische Folgen und Möglichkeiten der Prävention, URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/19054/Kinder-koerperlich->

kranker-Eltern-Psychische-Folgen-und-Moeglichkeiten-der-Praevention
(14.04.2015)

- **Schmelz, Andrea (o. J.):** Reden Sie mit Ihrem Kind, aber richtig! Mit Kindern reden, URL: <http://www.elternwissen.com/erziehung-entwicklung/erziehung-tipps/art/tipp/reden-sie-mit-ihrem-kind-aber-richtig.html> (26.03.2015).
- **Voos, Dunja (2012):** Externalisierende Störungen, URL: <http://www.medizin-im-text.de/blog/2012/15455/externalisierende-storungen/> (27.04.2015)
- **Weber, Sigrid (o. J.):** Wie man Kinder zum Erzählen bringt. Miteinander Reden, URL: <http://www.kizz.de/erziehung/familienalltag/wie-man-kinder-zum-erzaehlen-bringt-miteinander-reden> (26.03.2015)
- **Zach, Ulrike und Künsemüller, Petra (o.J.):** Die Entwicklung von Kindern zwischen dem 6. und dem 10. Lebensjahr: Forschungsbefund, URL: <http://www.familienhandbuch.de/cms/Kindheitsforschung-6bis10.pdf> (01.04.2015)
- **ZfKJ Zentrum für Kinder- und Jugendforschung (o.J.):** Das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept, URL: <http://www.resilienzfreiburg.de/index.php/was-ist-resilienz/das-risiko-und-schutzfaktorenkonzept> (14.04.2015)

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre, das die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel von mir angefertigt wurde.

Pfaffroda-Haselbach, den 19.05.2015

Unterschrift